Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 28 października 1882. № 43. Rok XXI.

I. O wpływie chirurgii nowoczesnéj na kształcenie uczniów w klinice chirurgicznéj.

Wykład wstępny prof. Mikulicza.

Panowie! Powołanie mnie na katedrę chirurgiczną w starożytnym Uniwersytecie Jagiellońskim włożyło na mnie zaszczytny i ważny obowiązek wykształcenia Panów w jednéj z najważniejszych gałęzi sztuki i umiejętności lekarskiéj. Proszę mi wierzyć, Panowie, że z radością i dumą objąłem katedrę we Wszechnicy liczącéj się do najstarszych w ucywilizowanym świecie i któréj założenie i rozwój w ścisłym pozostaje związku z najświetniejszemi okresami historyi polskiéj. Równocześnie jednak jestem przekonany o wielkiém brzemieniu zadania i o trudnościach z niém połączonych. Już samo przez się jest trudném zadanie wpojenia w większą liczbę słuchaczy tyle wiedzy i znajomości chirurgii, ile jéj potrzeba do odpowiedniego wypełniania obowiązków lekarza, a dla mnie przybywają jeszcze dwa utrudniające czynniki, z których atoli jeden, jak się spodziewam, nie będzie wpływać szkodliwie na naszą wspólną pracę. Mam na myśli język wykładowy.

Moi Panowie! zarzucano mi, że nie znam języka polskiego, który przecież tak samo jest mową ojczystą dla mnie jak i dla każdego z Panów. Prawda, że przez ciągłe przebywanie w zakładach naukowych niemieckich zaniedbałem cokolwiek naszéj mowy, że przez długie lata brakowało mi zupełnie ćwiczenia i wprawy w mówieniu po polsku; uważać sobie jednak będę za pierwszy obowiązek, aby braki te w jak najkrótszym czasie uzupełnić i mam nadzieję, że niezadługo zdołam i w tym kierunku uczynić zadość wszelkim wymogom, jak tego żądać można od profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego. Aż do téj chwili proszę Panów o nieco cierpliwości a spodziewam się, że praktycznemi wskazówkami potrafię wynagrodzić Panom z początku brak wzorowego wykładu.

Co do drugiego utrudniającego czynnika, to nie da się on niestety usunąć tak prędko. Jest nim bardzo niedostateczne urządzenie naszéj kliniki. Mam wprawdzie niepłonną nadzieję, że W. Rząd przystąpi wkrótce do uchwalonéj już w zasadzie budowy kliniki, któraby odpowiedziała nowoczesnym wymaganiom, a tegoroczny Rektor magnificus i nasz szan. Dziekan nie szczędzą trudów, aby usunąć wszelkie w téj mierze trudności; w każdym atoli razie będziemy musieli kilka jeszcze lat w tych starych pracować murach. Będę się jednak starał korzystać ze wszelkich środków, którémi na teraz rozporządzam, aby wykształcenie Panów żadnego nie poniosło uszczerbku.

Zwróćmy się obecnie do naszego przedmiotu. Nim przystąpimy do codziennéj pracy, stosowném mi się wydaje omówić z Panami cele téj naszéj wspólnéj pracy; bo nauka chirurgii tém większą Panom przyniesie korzyść i z tém większą ochotą oddawać się jéj będziecie, jeżeli już naprzód wskażę Panom, które gałęzie téj obszernéj nauki są dla Panów najważniejszemi i czego najbardziéj Panom potrzeba będzie w wykonywaniu swojego zawodu.

Obszar chirurgii, moi Panowie, jest bardzo wielki, tak wielki, że żaden nawet chirurg z zawodu nie może się pochwalić, że we wszystkich jéj gałęziach równą posiada biegłość. Jeżeli więc dzisiaj chirurgija przerosła siły chirurga z zawodu, cóż ma czynić lekarz praktyczny, jak postępować uczeń, który w całéj medycynie jednakowo ma być wykształcony? Musi on wybierać przedewszystkiém to, co mu niezbędnie potrzebne, a właśnie ocenieniem tego zajmiemy się obecnie.

Chirurgija wymaga tak od specyjalisty jak i od każdego lekarza od lat kilkunastu o wiele więcéj aniżeli dawniej, a pozostaje to w związku z ogromną przemianą całéj prawie chirurgii w ostatnim lat dziesiątku; musimy więc przedewszystkiém rzucić przynajmniéj naprędce okiem na rozwój naszéj nauki w ciągu lat ostatnich. Nie bójcie się Panowie, nie myślę Was nużyć długą historyją i hymnem pochwalnym na naszą obecną sztukę. W ostatnich czasach

już z różnych stanowisk i powołani do tego mężowie rozpisywali się często i obszernie o wspaniałym wzroście chirurgii; nie można téż nikomu brać za złe, że żyjąc w obecnym świetnym okresie chirurgii i biorąc z radością w niéj czynny udział, cofa się wstecz w stare smutne czasy i porównywa je z teraźniejszością. Co do mnie zamierzam obecnie podnieść tylko najważniejsze punkta, tyczące się nauczania chirurgii.

Chirurgija wraz z pokrewnemi sobie naukami była od dawien dawna samodzielną a przez długie czasy zupełnie odrębnie stojącą gałęzią sztuki lekarskiéj. Przyczyna tego faktu, moi Panowie, tkwi bardzo głęboko. Patologiczno-anatomiczna podstawa znajomości chorób jest wprawdzie ta sama w chirurgii co i w medycynie wewnętrznéj, rozpoznanie i rokowanie kieruje się w obu gałęziach temi samemi prawie zasadami; jednak leczenie chirurgiczne, przynajmniéj najważniejsza jego część, różni się znacznie od leczenia chorób wewnętrznych. Chirurgija posiada cały szereg mechanicznych środków leczniczych, których skutek jest zazwyczaj pewny i widoczny, a których zastosowanie wymaga osobnéj techniki; tu należą obok całéj techniki operacyjnéj także wszystkie czynności mechaniczne w zwichnieniach, złamaniach kości, zakładanie opasek, mięsienie itd. Téj więc techniki chirurgicznéj uczyć się musimy jak każdego rzemiosla lub, jeśli Panowie wolicie, jak każdéj sztuki, głównie przez ćwiczenie. Dla tego téż chirurgiją władać będą tylko ludzie zręczni i technicznie wyćwiczeni. Ta ważna różnica między chirurgiją a medycyną wewnętrzną istnieć będzie dopóty, dopóki w ogóle będzie istnieć chirurgija.

Zechciejcie mnie jednak, Panowie, dobrze zrozumieć: różnica leży tylko w zawodzie chirurgicznym i ma się uwydatniać co najwięcéj u chirurgów specyjalistów, tak jak mamy innych lekarzy specyjalnych, którzy zajmują się głównie lub wyłącznie jedną tylko gałęzią nauki lekarskiéj. Lekarz praktyczny jednak musi być jednakowo wykształcony tak w chirurgii jak w medycynie wewnętrznéj, jedna gałąź musi drugą wspierać i uzupełniać; bo chirurg, któremu obcą jest medycyna wewnętrzna, jest tylko niedokształconym praktykiem, który braki swéj wiedzy wypełnia postępowaniem szablonowém, a internista nie obznajmiony z chirurgiją jest tylko połowiczym lekarzem. Byłoby to więc pożałowania godném cofnięciem się wstecz, gdyby stare szkoły chirurgów wprowadzono znowu w życie, jak pod tym względem w najnowszych czasach głosy się dały słyszeć.

Różnica między medycyną wewnętrzną a chirurgiją stała się przez najnowsze ogromne postępy téj ostatniéj tém wybitniejszą, im właściwość chirurgii, t. j. technika, rozwinęła się do bardzo wysokiego stopnia doskonałości. Wprawdzie i w innych kierunkach zrobiła chirurgija wielkie postępy. Rozwój anatomii patologicznéj, histologii, patologii doświadczalnéj i chemii bardzo posunęły naprzód znajomość chorób chirurgicznych, i w tym kierunku dotrzymywała chirurgija kroku innym gałęziom wiedzy lekarskiéj. Co do leczenia jednak uczyniła ona na raz i samodzielnie ogromny postęp. Postęp ten odnosi się, jak każdemu z Panów zapewne już wiadomo, do leczenia ran, a ponieważ ta część chirurgii jest zarazem główną częścią całéj naszéj terapii, zatém z postępem leczenia ran zmieniło się znacznie całe postępowanie lecznicze chirurgiczne.

W skutek rozwoju metodycznego ran leczenia powstała niejako jedna z najważniejszych części techniki chirurgicznéj, któréj wyuczenie się wymaga równego trudu i równie staranném pracy jak technika czysto operacyjna i zakładanie opatrunków. Wprawdzie i pierwéj leczono rany, postępowano jednak przytém zupełnie bez planu lub w najlepszym razie kierowano się jakąś zasadą jednostronną albo zupełnie fałszywą; dla tego téż nie można było nigdy przesądzać z góry skutku leczenia. Jeszcze przed 10 laty musiał każdy operator powtórzyć swemu choremu owo zdanie, wypowiedziane przed trzystu laty przez Ambrożego Paresza: *Je vous ai operé, Dieu vous guérira.* Nie tylko każda większa operacyja była połączona z niebezpieczeństwem życia, lecz nawet przy wyłuszczeniu małego kaszaka nie mógł żaden sumienny chirurg ręczyć operowanemu za wynik. Chirurg i chory musieli ślepo ufać szczęściu. Przy nowoczesném zaś ran leczeniu jesteśmy w stanie panować nad przebiegiem rany i uchronić się od niepomyślnych przypadów o tyle, o ile w ogóle ludzkie urządzenia można nazwać doskonałemi.

Zapewne wiecie Panowie, komu przedewszystkiém zawdzięczamy ten postęp i zbyteczném jest może wymienienie tu nazwiska Józefa Listera. Niesłusznémby jednak było pomijać przy téj sposobności nazwiska innych mężów, którzy przygotowali podstawy do nauki Listera lub takową daléj rozszerzyli. Jak we wielu ludzkich wynalazkach, tak i tu potrzeba było pracy wielu, aby stworzyć całość skończoną. Prace Billrotha, Ottona Webera i Bergmanna o procesach w przebiegu ran i chorobach przyrannych, znane doświadczenia Pasteura utorowały przedewszystkiém drogę do zrozumienia spraw przyrannych; z drugiéj strony Volkmann, Nussbaum i inni przyczynili się tak wiele do rozpowszechnienia i wydoskonalenia metody, że nazwiska ich towarzyszyć będą zawsze pamięci Listera. W najnowszych dopiero czasach Mosetig i szkoła Billrotha wprowadzając do chirurgii jodoform przyczynili się do dalszego ważnego postępu naszéj nauki.

Wpływ tych reform na terapiję objawia się pod wieloma względami.

Po pierwsze niebezpieczeństwo przy operacyjach uznanych już od dawna za niezbędne, jak odejmowanie członków, wyłuszczenie nowotworów, operacyje plastyczne itd., zmniejszyło się znacznie, czas leczenia ran stał się o wiele krótszym, cały bieg gojenia się dla chorego znacznie mniéj uciążliwy niż był pierwéj, słowem, biorąc pod uwagę jeszcze znieczulanie chorego i bezkrwawy sposób operowania, możemy śmiało powiedzieć, że groza połączona dawniéj z nożem chirurga znikła prawie zupełnie.

Powtóre jesteśmy w stanie zmniejszyć znacznie niebezpieczeństwo po przypadkowych zranieniach kości i części miękkich, byle tylko chory wezwał wczas naszéj pomocy. Tysiące ludzi ocalono już w ten sposób, a cała chirurgija wojskowa pod wpływem nowego ran leczenia zupełnéj uledz musi przemianie. Także sprawy zapalne powstałe samoistnie możemy odpowiedniém postępowaniem chirurgiczném opanować i sprowadzić pomyślny wynik o wiele częściéj, niż to dawniéj miało miejsce.

Po trzecie, cały szereg operacyj wydoskonalono lub zupełnie nowo wprowadzono jedynie przy pomocy nowoczesnego leczenia ran; zwracam uwagę Panów tylko na nowe wielkie operacyje w jamie brzusznéj, na świetne wyniki po owaryjotomijach, po operacyjach na macicy, na kiszkach i żołądku, na nerkach, śledzionie i wątrobie. Wiele większych operacyj na kościach i stawach zyskały sobie dopiero teraz prawo obywatelstwa w chirurgii. Musimy wprawdzie przyznać, że nie każdą nowość w chirurgii operacyjnéj uważać

należy za postęp i nowe dobrodziejstwo dla ludzkości; musimy przyznać, że ufając postępowaniu przeciwgnilnemu posuwano się dość często, właśnie w ostatnich czasach, za daleko. Z pewnem niezadowoleniem musimy spoglądać na próby leczenia chorób rdzenia pacierzowego przez naciąganie nerwów. Niech to nam służy jako ostrzeżenie przed zbyt surowym empiryzmem! Boć musimy zawsze pamiętać, że i dzisiaj tak samo jak pierwéj winniśmy znaleść ścisłe wskazanie do każdéj operacyi z rozwagą i odpowiednią krytyką.

Zapuściłem się jednak za daleko w sprawy, które Panowie zrozumiecie lepiéj dopiero po dokładniejszém obeznaniu się z chirurgiją. Chciałem tylko zwrócić uwagę Panów, że nie każdą ciekawą nową operacyję uważać należy za prawdziwy postęp i i stałą zdobycz chirurgii.

Lecz wróćmy do właściwego celu naszego wykładu. Jakież skutki pociąga za sobą rozwój racyjonalnego leczenia ran ze względu na uczenie się chirurgii?

Jeżeli przebieg gojenia się rany nie zależy od przypadku lecz od umiejętności i wiedzy lekarza, toć oczywista, że każdy lekarz mający w swojéj opiece jakiegokolwiek rannego obowiązany jest leczyć go podług zasad nowoczesnych, że na nim ciąży odpowiedzialność za przebieg rany, że zatém uczeń obowiązany jest przyswoić sobie w czasie swych studyjów w klinice dokładnię technikę leczenia ran. Tak samo, jak wymaga się od Panów dokładnéj znajomości najważniejszych, zwłaszcza życie ratujących operacyj, jak podwiązywania naczyń, tracheotomii itd., jak znać musicie najważniejsze rękoczyny położnicze, tak samo żądać dziś musimy, abyście Panowie poznali jak najdokładniéj całą technikę nowego ran leczenia. Biorąc zaś miarę z wyników praktycznych musimy téj ostatniéj przyznać nawet większą wagę, gdyż przez należyte leczenie ran będziecie Panowie mogli w przyszłéj swéj praktyce uchronić znacznie więcéj ludzi od kalectwa lub nawet ocalić im życie, oszczędzicie Panowie współobywatelom swym znacznie więcéj nędzy niż przez pięknie wykonane podwiązywania, amputacyje i resekcyje, do których względnie rzadko nadarza się sposobność. Nie każdy z Panów będzie późniéj w stanie kształcić się osobno w chirurgii, musicie więc Panowie nabyć potrzebnego doświadczenia i wprawy w leczeniu ran, obserwując starannie chorych klinicznych i sposób ich leczenia, śledząc pilnie przebieg ran a późniéj przykładając sami pod kierunkiem swego nauczyciela rękę do pracy. Przypatrywanie się i słuchanie samo nie wyrobiło jeszcze nigdy chirurga.—Pamiętać jednak Panowie musicie, że samo praktyczne wykształcenie także nie jest wystarczającém, musi je wspierać wykład teoretyczny i własna nauka. Przez połączenie teoryi z praktyką zasady przeciwgnilnego ran leczenia jako najpierwsze zasady loiki przejść muszą w krew i kości Panów.

Przy téj sposobności nie mogę pominąć uwagi co do sposobu, jak obecnie uskutecznia się często w praktyce przeciwgnilne leczenie ran. Słyszeliście Panowie zewsząd o pomyślnych a także i niepomyślnych wynikach leczenia ran podług Listera; bo któżby nie chciał dziś „listerować!“ Metoda Listera przyjętą została od wszystkich znakomitych chirurgów, w oczach wielu więc stała się ona tylko rzeczą mody, którą przyjąć należy, aby przez to pokazać, że się idzie z postępem nauki. Owi koledzy jednak zapomnieli, że metodę tę należy sobie praktycznie przyswoić, że należy widzieć jéj zastósowanie i samemu się w niéj ćwiczyć, że przez samą lekturę nie zostanie się nigdy „Listerczykiem.“ Wielu, kładąc na ranę materyjały do opatrywania ran podane przez Listera, sądzi, że samo to jakby jaki czar sprowadzić już musi pomyślny wynik. Taki sposób „Listerowania“ moi Panowie, jest bardzo niebezpieczny; jest on niebezpieczny dla naszéj nauki, gdyż zamyka drogę dokładnemu poznaniu rzeczy i wprowadza w naukę wiarę w dogmaty, które medycynie zawsze szkodziły, jest on niebezpieczny dla chorego, gdyż tak zwany opatrunek Listera służył już zbyt często jako wymówka po niepomyślnym wyniku i był płaszczykiem dla nieświadomości i niedoświadczenia. Spodziewam się, że w ciągu naszéj czynności w klinice będziecie Panowie mieli dosyć sposobności do przekonania się, że rzecz sama nie na tém polega, aby podane przez Listera materyjały do opatrywania kłaść na ranę według przepisanego porządku. Jest to tylko zewnętrzną formą, która bez dokładnego zrozumienia zasad téjże metody jest prawie bez wartości.

Nie we wszystkich klinikach zarówno łatwo nabyć można potrzebnego praktycznego doświadczenia i wprawy. W mniejszych Uniwersytetach słuchacz chirurgii znajduje się bez wątpienia w znacznie korzystniejszych warunkach, gdyż z powodu mniejszéj liczby słuchaczy może każdy śledzić dokładnie czynności kliniczne i sam brać w nich udział. Będzie też mojém staraniem, aby Panom jak najwięcéj dać sposobności do praktycznego ćwiczenia się a to według planu, który Panom przy innéj sposobności przedstawię. Co do Uniwersytetów mających wielką liczbę słuchaczy, to, według mego zdania, musi wcześniéj lub późniéj przyjść do znacznych zmian w sposobie uczenia chirurgii. Szanowny mój nauczyciel prof. Billroth uczynił już w Wiedniu ważny krok ku temu zaprowadzając praktyczne kursa, w których uczeń pod przewodnictwem asystenta ma sposobność wejść w bliższą styczność z chorymi.

Po tém wszystkiém powie może który z Panów, że nie ma zamiaru kształcić się na chirurga z zawodu, że nie będzie wykonywał wielkich operacyj, że może nigdy nie zetknie się z chirurgiją.

Przyznaję, że wielu z Panów nie będzie miało sposobności i chęci do wykonania większych operacyj i że je pozostawi chirurgowi z zawodu. Musicie jednak Panowie pamiętać, że zdarza się wiele chirurgicznych chorób, które wymagają natychmiastowéj pomocy, w których więc każden lekarz praktyczny musi działać niezwłocznie. A przypadki te nie zawsze należą do małéj chirurgii. Weźmy przedewszystkiém pod uwagę wszystkie zranienia; jakżeż często pierwszy opatrunek rozstrzyga o całym przebiegu, tak że najpierw wezwany lekarz ma życie chorego w swym ręku! Wielu, może większa część Panów będziecie musieli w razie wojny towarzyszyć armii jako lekarze wojskowi. W waszych rękach będzie leżeć życie rannych a zadaniem i obowiązkiem Panów będzie, aby żołnierzowi, który ojczyźnie zdrowie i życie niesie w ofierze, nieść pomoc według najlepszych prawideł naszéj sztuki.

Prócz zranień mamy jeszcze dość znaczną liczbę mniejszych i większych operacyj, których wykonanie jest często tak naglące, że każdy lekarz może się znaleść w położeniu, aby je wykonać natychmiast; wspomnę tylko tracheotomiję, herniotomiję i amputacyje, które w niektórych przypadkach niezwłocznie należy wykonać. Wreszcie zdarzają się także ostre sprawy zapalne lub ich następstwa, które wymagają od lekarza natychmiastowéj operacyjnéj pomocy.

Widzicie więc Panowie, że znachodzi się dosyć i to

ciężkich chirurgicznych przypadków, za które możecie Panowie stać się odpowiedzialnymi; musicie więc Panowie być w stanie w przypadkach takich działać samodzielnie.

Lecz czyż dla tego miałyby Panom pozostać obcemi inne nie tak naglące operacyje chirurgiczne? Nie, wcale nie, gdyż przez to nabylibyście Panowie wiadomości tylko jednostronnéj, niezupełnéj a to właśnie sprzeciwia się najpierwszéj zasadzie akademickiego kształcenia się, tj. umiejętnemu traktowaniu swego zawodu. Boć tém właśnie różnimy się od szkół czysto zawodowych, że prawdę, dobro i piękno, owo καλὸςκἀγαθόν starożytnych Greków pielęgnujemy nie tylko dla ich celów lecz także dla nich samych.

Ależ wszechstronne chirurgiczne wykształcenie jest dla każdego lekarza niezbędne także z praktycznych względów. Przedewszystkiém sami Panowie przyznacie, że dokładne obeznanie się z ogólną chirurgiczną patologiją i terapiją jest nadzwyczaj ważne jako podstawa do nauki w klinice. Część patologiczną, dyjagnostyczną i prognostyczną chirurgii szczegółowéj musicie Panowie znać równie dokładnie jak w medycynie wewnętrznéj. Musicie Panowie pamiętać, że każdy chory chirurgicznéj Waszéj najpierw szuka pomocy, że więc rozpoznanie i rokowanie do Was w pierwszéj linii należy. Przez błędne rozpoznanie możecie Panowie bardzo łatwo stać się przyczyną, że czas do skutecznéj pomocy przeminie, że choroba uleczna zamieni się z waszéj winy w nieuleczną. Z téj saméj przyczyny jesteście Panowie obowiązani znać całą terapiję chirurgiczną, choćbyście jéj nie mieli wykonywać we wszystkich jéj częściach. Musicie bowiem Panowie postępowanie lecznicze choremu przedłożyć i czynić wskazania do jakiéjkolwiek operacyi.

Co się tyczy wykonywania terapii chirurgicznéj, to nie zapominajcie Panowie, że oprócz operacyj posiadamy w chirurgii także znaczną ilość innych ważnych środków. I tak najpierw mamy terapiję leczniczą, którą musicie Panowie znać tak samo biegle jak w medycynie wewnętrznéj. Pomiędzy środkami mechanicznemi ważném jest dla Panów znać dokładnie wszystkie ważniejsze postępowania w zwichnieniach i złamaniach, musicie umieć założyć odpowiednią opaskę i znać mechaniczne leczenie chorób stawowych.

Co do terapii operacyjnéj, to już Panom wyżéj wspomniałem, co każdemu z Panów w przyszłém Waszém powołaniu jest niezbędne, ale jeszcze raz powtarzam Panom, że i inne nie codzień i nie przez każdego wykonywane operacyje nie powinny dla Panów być obojętne. Nawet ci, którzy nie mają zamiaru kształcić się na chirurga fachowego powinni naocznie poznać całe postępowanie operacyjne, przebieg gojenia się i ostateczny wynik po takich operacyjach. Tylko w takim razie będziecie Panowie mogli sądzić samodzielnie o wartości i niebezpieczeństwie jakiéjś operacyi, tylko w takim razie będziecie mogli z czystém sumieniem skłonić chorego do poddania się operacyi. Zresztą jakże łatwo możecie się znaleść w położeniu asystowania koledze przy jakiéjś większéj operacyi lub objęcia leczenia następnego, a w takim razie niezbędném będzie dla Panów znać dokładnie dalszy przebieg choroby.

A może który z Panów będzie miał zamiar późniéj poświęcić się szczegółowo chirurgii, dla tego obecna nauka chirurgii w klinice jest bardzo ważną szkołą przygotowawczą. Życzę sobie i spodziewam się tego, że klinika obudzi w Panach zajęcie i ochotę do głębszego poznania chirurgii. Obok mego obowiązku, aby każdemu z Panów wpoić znajomości chirurgiczne niezbędne do codziennéj praktyki, uważać sobie będę za najpiękniejsze zadanie, aby wszczepić w Panów zamiłowanie i pewne uwielbienie dla naszéj nauki; jeżeli mi się to uda, będzie to dla mnie największą radością i największém zadowoleniem, jakie w ogóle mieć może nauczyciel.

Jestem zresztą mocno przekonany, że Panowie będziecie brali żywy udział w czynnościach klinicznych i że usiłowania moje znajdą poparcie w Waszéj pilności i właściwéj tylko młodzieży akademickiéj wrażliwości.

Zabierzmy się więc żwawo i wspólnemi siłami do wspólnéj pracy.

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Dwa rzadkie przypadki zapalenia siatkówki.

Podał Dr. E. Machek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

Zmiany patologiczne, występujące wycinkami w siatkówce, mogą powstać albo skutkiem choroby włókien nerwowych, które odśrodkowo w siatkówce się rozprzestrzeniają, albo skutkiem choroby naczyń.

Jak włókna nerwowe w siatkówce przebiegają, wykazał H. Müller. Gdyby tylko pewna część włókien nerwowych, a względnie tkanka łączna, która je otacza (*Stützgewebe*), uległa zapaleniu, zaćmienie siatkówki, będące objawem sprawy zapalnéj, przedstawiłoby się w postaci mniéj więcéj wycinka. Wybroczyny w zaćmionym wycinku mogłyby powstać skutkiem zmniejszonego oporu tkaniny, będącéj w stanie zapalnym, skutkiem czego naczynia włosowate się rozszerzają a czerwone ciałka krwi z naczyń do tkaniny się dostają. W takim jednakże razie powinnyby wybroczyny przynajmniéj przeważnie występować w warstwie włókien nerwowych, podobnie jak w niektórych przypadkach zapalenia siatkówki, które skutkiem albuminuryi powstaje i licznemi wybroczynami w warstwie włókien nerwowych rozmieszczonemi się odznacza. Wielka ilość tychże, nadająca obrazowi wziernikowemu wybitną cechę, skłoniła Magnusa do nadania przypadkom takim nazwy *Retinitis albuminurica haemorrhagica.* W przypadkach jednakże kiłowego zapalenia siatkówki wybroczyny znajdują się, na co zresztą wszyscy autorowie się zgadzają (zob. Leber: *Krankheiten der Netzhaut und des Sehnerven* p. 620), a co w naszym przypadku nie trudno było wykazać, w głębszych warstwach siatkówki, a mianowicie w warstwie zwojów nerwowych i w warstwach ziarnistych z wyjątkiem zewnętrznéj warstwy ziarnistéj (a więc w warstwach, które Henle nazywa *nervöse Schichte*). W naszym przypadku dowodzi tego w części wziernik, w części badanie funkcyi oka. Naprzód wykazać było można, że wybroczyny nie znajdowały się w warstwie włókien nerwowych, gdyż nie składały się z kresek w kierunku promieni poustawianych i nie wyglądały przy brzegu jakby wystrzępione, płomieniste; daléj można było wykazać, iż wybroczyny nie dosięgały warstwy zewnętrznych ziarn lub czopków i pręcików, a to z tego powodu, że tak śród przyjęcia jak i wtedy gdy chory klinikę opuszczał ani ścieśnienia pola widzenia ani przerwy, chociażby względnéj, wykazać nie było można. Zdaniem zaś Lebera destrukcyja zewnętrznéj warstwy ziarn lub warstwy czopków i pręcików, (*Sinnesepithel, musivische Schichte*), niemających zresztą własnego systemu naczyń włosowatych (*Schwalbe, Mikrosk. Anatomie* p. 441), sprowadza stałą przerwę w polu widzenia. Niewątpliwą więc było rzeczą, iż wybroczyny znajdowały się w środkowych warstwach siatkówki, położonych

poza warstwą włókien nerwowych, a przed zewnętrzną warstwą ziarnistą. W tych właśnie średnich warstwach siatkówki znajduje się wielka ilość naczyń włosowatych, tak, że Schwalbe (j. w.) mógł nawet dwie warstwy tychże odróżnić. Z tém umiejscowieniem zgadzało się także wyglądanie wybroczyn, których postać i zabarwienie wyżéj dokładnie opisaliśmy.

Z powyższego wynika, iż zapalenie pewnéj części włókien nerwowych, pewnéj ilości wiązek tychże, nie tłumaczy zmian, z jakiemi mieliśmy do czynienia; słusznèm jest więc przypuszczenie, że wybroczyny, zajmujące całe wycinki dna oka, pozostają w zależności od choroby naczyń siatkówkowych, a ponieważ nie we wszystkich przypadkach kiłowego zapalenia siatkówki mamy do czynienia z chorobą naczyń, wikłającą sprawę zapalną, nie we wszystkich więc przypadkach tegoż zapalenia znachodzimy wybroczyny.

Do spraw chorobowych naczyń, mogących sprowadzić wybroczyny, rozmieszczone tak, że zajmują całe wycinki, zaliczyć musimy zatór jednéj gałązki tętnicy *(embolia partialis art. centr. retinae)* i zakrzep jednéj z żył siatkówkowych.

Częściowe zaczopowanie tętnicy mogłoby niezawodnie w pewnym okresie sprowadzić rozszerzenie żył i wystąpienie ciałek krwi *per diapedesin* w miąższ siatkówki, zaczopowanie bowiem końcowéj tętnicy sprowadza zawał wybroczynowy (*Infarct. haemorrh.*) w znaczeniu Cohnheima Taki zawał wybroczynowy siatkówki, skutkiem którego powstał obraz wziernikowy podobny do naszego przypadku, z powodu że wybroczyny wystąpiły w wycinku, opisał Knapp (*Archiv für Aug.- und Ohrenheilkunde* I, 1) a późniéj Landesberg (Tamże tom IV, 109). Zaczopowanie częściowe tętnicy powstać może nietylko skutkiem wady sercowéj, któréj w naszym przypadku nie było, lecz także z powodu choroby naczyń. Kiła sprowadza zmiany w końcowych naczyniach, skutkiem których powstaje zakrzep, niedrożność, a nawet zanik (*obliteratio*) tętnicy (Heubner: *Die luetischen Erkrankungen der Hirnarterien* i w dziele Zeissla str. 561, 1882). W naszym przypadku jednak mogliśmy zaczopowanie częściowe z tego powodu wykluczyć, że tętnice były prawidłowe, zwężenie zaś światła tętnic lub przerost wewnętrznéj błony tętnicy siatkówkowéj (Heubner) sprowadziłby musiały zmiany widoczne wziernikiem.

Sprawa zakrzepowa żył w pewnych przypadkach może sprowadzić wybroczyny, które zajmują całe wycinki dna oka. Przypadek zapalenia kiłowego siatkówki z wybroczynami i zakrzepem żyły opisał nawet Hirschberg (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1870). Dotąd spostrzegano jeszcze bardzo mało przypadków wytwarzania się skrzepów w żyłach siatkówki, którym w przypadkach zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego, zdaniem Lebera (*Netzhautkrankheiten* str. 531), wielkie przypisać należy znaczenie. Jakkolwiek zaprzeczyć nie można, że zapalenie siatkówki, stłuszczenie ścian żylnych, stwardnienie tychże (*sclerosis*), zmiany powstałe skutkiem kiły, mogą dać powód do zakrzepu żylnego, to przecież w naszym przypadku wykluczyć możemy tę sprawę z powodu braku oznak wziernikowych zakrzepu. Leber (j. w.), który wspomina, że także przypadek zapalenia kiłowego siatkówki z zakrzepem żyły spostrzegał, tak opisuje obraz wziernikowy: żyła była 2 do 3 razy grubsza, bardzo ciemna, prawie czarna. Ta część żyły, która się znajdowała na tarczy nerwu wzrokowego, była cieniutka jak niteczka. W naszym przypadku żyły były wprawdzie grubsze i ciemniejsze, lecz tylko w stopniu odpowiednim zapaleniu siatkówki, żyły były wreszcie jednostajnie grube aż do ujścia swojego. Było wreszcie i tętnienie żyły przy ujściu, co dowodzi, że niedrożności nie było.

Zastanowić nam się jeszcze wypada nad naczyniami chłonnemi siatkówki i nad obiegiem limfy w téjże. Budowa żył, naczyń włosowatych i chłonnych siatkówki wykazuje bardzo ciekawe stosunki; równych w żadnym narządzie ciała ludzkiego nie napotykamy. Żyły i naczynia włosowate mają według Schwalbego (*Die Retina*, p. 441) podwójną warstwę śródbłonka; każda z tych warstw tworzy niejako osobne naczynie (*Endothelrohr*), z których jedno o mniejszéj średnicy znajduje się wewnątrz szerszego (zewnętrznego). Tylko grubsze żyły tém się różnią od naczyń włosowatych, że zewnętrzną warstwę śródbłonkową wzmacnia tkanka z ziarnami, którą Kölliker nazywa tkanką siatkowatą (*reticuläres Gewebe*).

Znaczenie szczególnéj budowy naczyń żylnych i włosowatych wykazał His (1865), a późniéj Schwalbe. Tenże wstrzykując błękit pruski pod wewnętrzną oponę nerwu wzrokowego (*Pialscheide*) nastrzykał pozornie całą sieć naczyń żylnych i włosowatych siatkówki. Dokładne badanie jednak wykazało, że ciecz wstrzyknięta dostała się tylko pomiędzy wewnętrzną i zewnętrzną warstwę śródbłonka. Widocznie nastrzykały się tylko przetwory onaczyniowe (*perivasculär*), mające znaczenie przestworów i dróg limfatycznych. Z tego wynika, że właściwe żyły znajdują się wewnątrz naczyń limfatycznych. Krew i limfę oddziela w żyłach i w naczyniach włosowatych siatkówki tylko cieniutka wewnętrzna warstwa śródbłonka.

W obec tych anatomicznych stosunków naciek przewodów limfatycznych (*indolente Lymphgefässinduration*, Zeissl), cechujący zresztą sprawę kiłową w okresie ogólnego zakażenia, nie może być obojętnym dla odpływu krwi żylnéj z siatkówki. Stawiając mechaniczny opór, skutkiem którego znaczniejsze rozszerzenie żył jest niemożebne, utrudnia on odpływ krwi żylnéj i równocześnie podwyższa parcie ościenne w naczyniach włosowatych téj części siatkówki, z któréj naciekłe żyły krew odprowadzają. A ponieważ oprócz tego, także i siatkówka jest w stanie zapalnym, a opór tkaniny jest zmniejszony, powstają więc wybroczyny włosowate, częścią skutkiem przerwania tychże, częścią *per diapedesin*. Naturalną jest rzeczą, że w razie takiego zastoju wybroczyny tam powstać muszą, gdzie jest główna siatka naczyń włosowatych, która według Schwalbego, jak już wyżéj wspomnieliśmy, właśnie w tych warstwach się znajduje, w których wybroczyny w przypadkach zapalenia kiłowego rzeczywiście napotykamy.

W naszym przypadku rozpoznaliśmy tak zwaną *perivasculitis* naczyń żylnych, najwyraźniejszą właśnie w naczyniach téj części siatkówki, w któréj wybroczyny nastąpiły. Rozpoznając *perivasculitis* wypowiadamy tylko, że wzdłuż naczyń widzimy wziernikiem białe smugi, z czego znowu widzimy, że ściany naczyń są zgrubiałe. Zgrubienie to powstać może skutkiem nacieku ścian żylnych, tkanki siatkowatéj Köllikera, naczyń limfatycznych okalających i obejmujących żyły, białemi ciałkami krwi (Iwanow, *Perivasculitis, Sitzungsberichte der ophthalmolog. Gesellschaft. Zehender's Monatsblätter* III., p. 328), skutkiem stwardnienia ścian naczyń, a wreszcie skutkiem ich zwyrodnienia tłuszczowego (Zeissl, Mauthner). Za tém, iż w przypadku naszym mieliśmy do czynienia z naciekiem naczyń limfatycznych, a nie ze stwardnieniem lub zwyrodnieniem tłuszczowém naczyń żylnych, przemawiają następujące okoliczności: wiek

chorego, świeża stosunkowo kiła i równoczesne wystąpienie objawów drugorzędnych, zupełne wyleczenie, ustąpienie *perivasculitis* a więc wessanie nacieku, gdyż przy powtórném badaniu białych smug wykazać nie mogliśmy. Że zaś wybroczyny nie występują we wszystkich przypadkach tak zwanéj *perivasculitis*, powstałéj skutkiem nacieku limfatycznego ścian, pochodzi zapewne ztąd, że nie we wszystkich przypadkach opór siatkówki, w stanie zapalnym pozostającéj, w równym stopniu jest zmniejszony. Być wreszcie może, że w naszym przypadku parcie ościenne w tętnicach, podwyższone przynajmniéj przejściowo (chory dnia tego przyjął większą ilość gorących napojów) przyczyniło się także do wystąpienia wybroczyn w odcinkach siatkówki, odpowiadających żyłom nacieklym. Z powyższego wynika, iż obok zakrzepu żył (Hirschberg, Leber) także nacieki naczyń limfatycznych, otaczających żyły a utrudniających odpływ krwi, mogą stać się przyczyną wybroczyn, występujących wycinkami w przypadkach kiłowego zapalenia siatkówki. Dodać nakoniec muszę, że we wszystkich prawie opisanych przypadkach zapalenia kiłowego siatkówki z wybroczynami napotkałem wzmiankę, iż wzdłuż naczyń widać było białe smugi. Knapp zaś podaje jako znamię, cechujące zapalenie kiłowe siatkówki, że widzieć można białe smugi, które wzdłuż naczyń występują. (Dok. nast.)

III. Krytyczne uwagi nad dwoma pomyślnemi przypadkami trepanacyi czaszki.

Podał
Dr. Alfred Obaliński,
Docent Chirurgii w Uniw. Jagiell. i Prymaryjusz w szpitalu św. Łazarza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

Trudniejszą jest sprawa wytłumaczenia sobie owych bólów, które w drugiéj połowie obserwacyi w krzyżach powstały a na porażoną nogę się rozciągały. Nasuwa się wprawdzie myśl, że przez zniszczenie pewnych części kory mózgowéj uledz mogą zniszczeniu początki włókien czuciowych wprost od kory ku rdzeniowi zdążających. Czy jednak ztąd bierze początek ów ból, trudno orzec.

W ciągu dalszym przychodzi mi omówić jeszcze jednę bardzo ważną kwestyję, mianowicie, jak sobie wytłumaczyć zupełny powrót funkcyj owych ośrodków psychomotorycznych, które przecież widzieliśmy przy operacyi w znacznéj części zniszczonemi?

Dopóki utrzymywało się mniemanie, że pewne ściśle ograniczone pola kory mózgowéj przewodniczą pewnym funkcyjom ciała i że te ośrodki są niezbyt rozległe, jak to jeszcze w najnowszém wydaniu monografii Bergmanna o obrażeniach głowy znachodzimy, dopóty musiano się chwytać naciągniętych i mało prawdopodobnych teoryj celem wyjaśnienia powrotu funkcyj zniszczonych ośrodków. Objęcie zastępczéj czynności narzucano albo innym ośrodkom sąsiednim, albo takim samym przeciwnéj strony, albo dużym zwojom mózgowym; dopiero Exner w swéj monografii z r. 1881 (*Untersuchungen über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde des Menschen*) udowodnił za pomocą mozolnych graficznych zestawień z dobranych przypadków kazuistycznych, że ośrodki te nie składają się z ograniczonych pól, jak dotąd mniemano, lecz że różne ośrodki na siebie zachodzą tworząc absolutne pola, odpowiadające mniéj więcéj dotychczasowym ośrodkom i względne pola, które się z innemi względnami polami mięszają. Na poparcie tego przytacza znane fakty ruchów towarzyszących np. licem lub szczęką przy usilnym ruchu ręki. Tym sposobem tłumaczymy, sobie objęcie zastępstwa przez pola względne po zniszczeniu znacznéj nawet części pola absolutnego. Czy całe pole absolutne zniszczone może być zastąpioném, zdaje się być nieprawdopodobném, jednak możliwém. Z drugiéj strony przytacza Exner przypadki, w których po zniszczeniu znacznéj przestrzeni kory mózgowéj wcale nie przyszło do powrotu funkcyj utraconych, na dowód, iż ośrodki korowe jednéj półkuli nie są w możności objęcia zastępstwa za takież same ośrodki drugiéj półkuli. — Mnie znanym jest dokładnie przypadek, w którym zniszczone były w większéj części obustronne ośrodki psychomotryczne dla odnóg dolnych; porażenie było w obu nogach całkowite a jednak ruchy powróciły, jakkolwiek niezupełnie. Ten przypadek jednak dowodzi, że jedna półkula za drugą zastępstwa nie obejmuje.

Mało może w którym zawodzie tak często sprawdza się prawo wielokrotności wydarzeń (jeżeli się tak wyrazić wolno) jak w medycynie. Przypadki rzadkie zazwyczaj idą w parze. Tak téż było i tym razem; jeszcze nie ukończyłem obserwacyi pierwszéj, gdy przywieziono do szpitala przypadek drugi bardzo do tamtego zbliżony, a który pokrótce niniejszém do wiadomości łaskawych czytelników podaję.

Józef Walczak, lat 25 liczący wyrobnik przy szańcach został przysypany ziemią spadającą z wysokosci kilku metrów, przyczém go ciężka belka uderzyła w szczyt głowy. Zaraz tego samego dnia tj. 13go lipca 1882 przyniesiono go do szpitala św. Łazarza, gdzie go lekarz pomocniczy zbadawszy stósownie opatrzył, gdyż znalazł na głowie w okolicy tylnego wewnętrznego kąta kości ciemieniowéj ranę powierzchowną. Również zanotowano, że chory był nieprzytomnym.

Dnia następnego zbadany okazywał stan następujący: Budowę ciała i odżywienie wiekowi odpowiednie. Leży na pół śpiący, na pytanie daje odpowiedzi leniwo i z trudnością, skarży się na ból głowy po stronie prawéj. Ciepłota ciała nie podwyższona, tętno 40 uderzeń na minutę, dwubitne.

Na głowie po stronie prawéj w okolicy tylnego wewnętrznego kąta kości ciemieniowéj widać ranę ukośnie przebiegającą, kilka centimetrów długą, o brzegach nierównych tłuczonych, w głąb tylko przez grubość skóry sięgającą. Okolica téj rany na przestrzeni sporéj dłoni znacznie wzniesiona, tępo chełbocząca przy ucisku nieco bolesna. Przypadów ogniskowych nie znaleziono żadnych. Gdy na trzeci dzień stan nie tylko się nie zmienił, lecz przypady ogólnego ucisku na mózg, stały się nieco wybitniejszemi zacząłem nabierać przekonania, że pod ową chełboczącą warstwą krwi pod czepiec czaszkowy wynaczynionéj musi się znachodzić złamanie czaszki z prawdopodobném zagnieceniem odłamków w głąb jamy czaszkowéj. Gdybym się był powodował dotychczasowemi zapatrywaniami na obrażenia czaszki, byłbym chorego tego pozostawił nadal w obserwacyi; lecz mając na poprzednim przypadku doświadczenie, że z początku bez objawów ogniskowych przebiegające obrażenie czaszki po kilku tygodniach stało się bardzo ciężkiém a nawet życiu zagrażającém, postanowiłem w tym przypadku, gdzie nadto miałem objawy ogólnego ucisku na mózg, przekonać się naocznie, ażali nie ma podejrzywanego wgniecenia odłamków wgłąb, czyli postanowiłem wykonać cięcie dyjagnostyczne, które zazwyczaj dotąd przez powagi bywało

wzbranianém, a którego skutków się nie obawiałem w obec pewnego władania metodą antyseptyczną.

Poleciłem natychmiast całą głowę ogolić i dokładnie mydłem i karbolem oczyścić a po zachloroformowaniu chorego rozciąłem powłoki na czaszce w kierunku istniejącéj już rany powierzchownéj. Gdy brzegi rany dokładnie hakami rozsunięto i pole operacyjne z nagromadzonéj krwi wynaczynionéj oczyszczono, spostrzegłem pęknięcie czaszki w długości 3 cm. a oraz wtłoczenie jednego odłamka w głąb przynajmniéj na pół centimetra. Znalazłszy taki stan nie namyślałem się ani na chwilę co daléj zrobić, powiększyłem pole operacyjne za pomocą drugiego cięcia prostopadle do poprzedniego wykonanego i wypiłowałem trefiną najprzód jeden, a gdy to do usunięcia zaklinowanych odłamków nie wystarczało, i drugi krążek kostny a następnie wydobyłem zgniecone odłamki, z których jeden wielkości połowy pióra stalowego wbity był ostrym swym końcem przez twardówkę w mózg. Po wyjęciu tego kawałka rozciąłem kawałek twardówki, oczyściłem jamkę powstałą przez wbity odszczep, założyłem dren, zaszyłem ranę i opatrzyłem ściśle antyseptycznie. Gojenie odbywało się zupełnie prawidłowo; gorączki nie było prawie żadnéj, bo ciepłota raz jedyny była podwyższoną i to nieznacznie (38·1°). Ani bóle ani żadne objawy ogniskowe nie pojawiły się aż do samego zagojenia rany, które nastąpiło w 6 tygodni po operacyi.

Wprawdzie w tym przypadku było zranienie mózgu znacznie daléj ku tyłowi, więc była możebność, że przypadło w miejscu, w którém nie znachodzi się żadne pole psychiczne, jednak zdaje mi się, iż gdyby nie była wczas wykonaną operacyja, byłoby może i w tym przypadku skutkiem odczynowego obrzęku przyszło do następowych porażeń a przynajmniéj do porażenia jednéj odnogi dolnéj, któréj ośrodek psychomotoryczny najbliżéj leżał zranionego miejsca. Tak więc jak w poprzednim przypadku przyspieszyła trepanacyja powrót do stanu prawidłowego a prawdopodobnie i zapobiegła niebezpieczeństwu życia, tak w obecnym przypadku nie dopuściła do wystąpienia objawów ogniskowych i zniosła natychmiast objawy ogólnego ucisku śródczaszkowego.— Nadto zwrócić muszę jeszcze uwagę na zupełny brak odczynu w przebiegu po téj trepanacyi; pochodzi to zdaniem mojém ztąd, że w tym przypadku wykonaliśmy ją wczas, zanim jeszcze przyszło do ropienia lub przeobrażenia wstecznego.

Jeżeli z tych dwóch przytoczonych tu przypadków trepanacyi nie wynika jeszcze uzasadnione twierdzenie, że zapobiegawcza trepanacyja jest uprawnioną, to w każdym razie zachęcają one do częstszego niż dotąd jéj używania, aby na podstawie wielkiéj ilości przypadków można było pod tym względem orzec coś stanowczego.

IV. Oceny i sprawozdania.

R o s s b a c h: **Apomorphinum muriaticum.**

Według Rossbacha można bez wahania używać apomorfinu jako leku wykrztuśnego w dawkach 0,005—0,01gm. Zazwyczaj wystarczało 0,03gm. dziennie tak u dzieci jak u dorosłych, aby kaszel suchy, męczący, przemienić w kaszel wilgotny, połączony z łatwém wykrztuszaniem i występujący o wiele rzadziéj. Wyjątkowo tylko autor był zmuszonym do użycia dawki 0,04 do 0,06 dziennie. Do wyjątków tylko zalicza R. wystąpienie wymiotów. Wymioty te zresztą następowały po prawie nic nieznaczących nudnościach. Apetyt wcale nie był upośledzony skutkiem tego leku.

Apomorfin podskórnie stosowany wywołuje wymioty w znacznie mniejszych dawkach, aniżeli wewnętrznie podany. Zazwyczaj wystarczają tutaj dawki 0,005—0,01. Zachodzi tutaj więc stosunek odwrotny, jak przy winianie antymonowo-potasowym. G r i m m bowiem i H e r m a n n stwierdzili, że, aby wywołać wymioty, należy użyć znacznie większych dawek emetyku, zastrzykując go podskórnie, niż, jeżeli go się podaje wewnętrznie. Z tego należy wnioskować, że apomorfin działa bezpośrednio na odpowiednie ośrodki nerwowe, sprowadzając wymioty, emetyk zaś działa na drodze odruchowéj przez podrażnienie nerwów żołądkowych. Według Hegera apomorfin podany wewnętrznie dla tego nie tak łatwo wywołuje wymioty, że znaczna część jego dostaje się do wątroby, gdzie w krążeniu żyły bramnéj dłuższy czas zostaje wstrzymaną. W dwóch przypadkach suchot płucnych, w których chorzy już od dłuższego czasu używali morfinu, zależało autorowi na tém, aby przerwać to ustawiczne podawanie narkotyku, aby chorych do niego zbytnie nie przyzwyczajać. Chorzy jednak dostawali, zaraz po zaprzestaniu podawania morfinu, nieznośnych napadów kaszlu. Autor podał dla próby apomorfin wewnętrznie jako *expectorans.* Lek ten uspokoił znakomicie kaszel. Dwa te przypadki są zachęcającemi do dalszych prób.

Rossbach zapisuje apomorfin w następującéj formie: *Rp. Apomorphini hydrochlorici 0.03* do *0,05, Acid. hydrochlor. dilut. 0,50. Aquae destillat. 150,00 D. in vitro nigro. S.* Co 2 godziny łyżkę. Syrupu autor nie radzi dodawać; chory może lek ten jednak używać po łyżce w wodzie ocukrzonéj. Rozczyn apomorfinu rozkłada się w świetle i zielenieje. Rozczyn powyższy powinien być wodojasny, bezbarwny, co najwyżéj z odcieniem zaledwie zielonawym. Rozczynu ubarwionego zielono nie należy używać.

Morfin w połączeniu z apomorfinem sprawia ten sam skutek co morfin z ipekakuaną, t. j. uśmierza kaszel, rozcieńcza śluz i ułatwia znakomicie odkrztuszanie. Autor przepisuje tutaj *Rp. Morphin. hydrochlor. 0,03, Apomorphin. hydrochlor. 0,03* do *0,06, Acid. hydrochl. dilut. 0,50, Aq. destilat. 150,00 D. in vitro nigro S.* Co 2 do 4 godzin po łyżce. (*Berl. kl. Wochenschrift*, 1882, Nr. 27). *Dr. Kopff.*

F l e i s c h e r: **Trawienie żołądkowe śród różnych wpływów.**

F. poczynił dalszy ciąg doświadczeń nad wpływem wyskoku, wina i piwa na błonę śluzową żołądka, poparty przez badanie Buchnera (*Rundschau*, 1882, I. zeszyt, str. 4). Celem doświadczeń jego jest stwierdzić, czy należy pić wodę przed lub po jedzeniu. Zastósował w doświadczeniach swych niezmieniony przez Buchnera sposób badania. Nasamprzód oznaczył dokładnie czas trawienia pewnych środków odżywczych dla żołądka zdrowego. Uskutecznił to podając o 12 godzinie w południe befsztyk, chleb i rosół, a wypróżniając żołądek po 6 do 7 godzinach dokładnie za pomocą pompy żołądkowéj. Oznaczywszy w ten sposób trawienie u osób do doświadczeń użytych, podawał na drugi dzień te same potrawy, dodając śród jedzenia $\frac{1}{2}$—1$\frac{1}{2}$ litra wody, i o téj saméj godzinie jak dnia poprzedniego wprowadził zgłębnik żołądkowy. Doświadczenia te okazały, że częstokroć zdrowy żołądek w skutek picia wody zimnéj w trawieniu żadnéj zmiany nie doznaje. Większa ilość doświadczeń stwierdziła, że $\frac{1}{2}$ litra wody przy jedzeniu wypita nie wpływa na trawienie, dalsze pół litra podczas trawienia sprawia nie-

znaczne, a trzecie $^1/_2$ litra znaczne upośledzenie trawienia w zdrowym żołądku. Choréj, cierpiącéj na nieznaczne rozdęcie żołądka z nieżytem, która poprzednio pewną potrawę nie pijąc wody, w 7 godzinach zupełnie strawiła, podano podczas trawienia $^1/_2$ litra wody. W tym dniu trawienie po 7 godzinach jeszcze nie było zupełnie ukończone, dnia następnego zaś, gdy chora wcale wody nie piła, wydobyto z żołądka płyn prawie zupełnie czysty. Aby stwierdzić wpływ dłuższego ruchu na trawienie, nakazano badanym przez kilka godzin niezbyt prędko przechadzać się podczas trawienia. Przytem okazało się, iż trawienie było najczęściéj upośledzone. Celem stwierdzenia działania gorących przyparek na trawienie żołądka zastosowano takowe u kilku zdrowych osób zaraz po jedzeniu. Okazało się, że trawienie u wszystkich osób (prócz jednéj) było o godzinę przyspieszone, pomimo użycia znaczniejszéj ilości potraw. Zimne okłady nie wywołały wpływu na trawienie, również jak rozcieńczony kwas solny i pepsyna. Bez wpływu na trawienie okazały się wymienione przetwory u kilku chorych cierpiących na lekki nieżyt żołądka i rozdęcie tegoż, gdy w płynie wydobytym z żołądka stwierdzić można było już poprzednio kwasy wolne. Gorące przyparki, pepsyna i rozcieńczony kwas solny upośledziły trawienie u chorego cierpiącego na niestrawność. Na koniec wspomina F. o wpływie czyszczeń miesięcznych na trawienie żołądka. Takowe upośledzają trawienie prawie zawsze znacznie, co już Kretschy stwierdził. Podczas ustawania czyszczeń miesięcznych i po latach przechodowych trawienie dochodzi do stanu prawidłowego. Te badania podały niejakie wskazówki w celu leczenia chorób żołądkowych. Gorące przyparki, przyspieszając trawienie, są skuteczne w przewlekłym nieżycie, w wrzodzie i rozdęciu żołądka. Po stwierdzeniu w płynie wydobytym z żołądka większéj ilości wolnego kwasu solnego przepisywanie tegoż chorym będzie bezskutecznèm, pepsyna zaś, któréj ilości u chorych z upośledzonèm trawieniem dokładnie oznaczyć nie można, nie zaszkodzi nigdy, lecz owszem może być przydatną. Ponieważ w leczeniu chorób żołądka głównie na tém zależy, aby trawienie żołądkowe ulatwić, przeto należy chorym wzbronić używania znaczniejszéj ilości zimnéj wody podczas trawienia, również dłuższych przechadzek. (*Berl klin. Woch.*, 1882, Nr. 7). *Dr. Karol Reiss* (w Dukli).

Aufrecht: **Patogeneza wrzodu żołądkowego.**

Piękne wyniki, do których doszedł Quincke w swéj niedawno ogłoszonéj pracy, widocznie nie załatwiły sprawy, jeżeli znów czytamy o tymże samym przedmiocie szczegóły, zdolne zachwiać rezultatami tak mozolnych doświadczeń.

Aufrecht wstrzykiwał zwierzętom pod skórę kantarydyn (w zawiesinie tłuszczowéj) celem sprowadzenia u nich zapalenia nerek. Jako szczegół uboczny wykrył w tych, często wykonywanych, doświadczeniach zmiany w żołądku zdolne rzucić światło niejakie na powstawanie tamże wrzodów. Stwierdził bowiem obecność ubytków, często nader licznie po błonie śluzowéj żołądka rozsianych, wielkości soczewicy, wypełnionych skrzepem krwi takichże rozmiarów. Brzegi niektórych ubytków były wałowate, wyniosłe. Prócz tego spostrzegł autor w jednym przypadku kilka ściśle od otoczenia odgraniczonych, szarawych miejsc, kształtu wybitnie kolistego, tychże samych rozmiarów co ubytki poprzód wymienione. Z badań drobnowidowych, w licznych przypadkach dokonanych, wnosi autor, że owe ogniska zmienionéj szarawéj błony śluzowéj odpowiadają ograniczonemu zapaleniu gruczołów żołądkowych, którego okres drugi przedstawia się w postaci ubytków skrzepami krwi wypełnionych. Wynaczynienia krwi należy uważać za wynik zmian zapalnych naczyń włosowatych, zmian rozwijających się w następstwie zapalenia gruczołów żołądkowych (*Gastroadenitis circumscripta*). Tę to sprawę należy uważać, — obok rzadko wydarzających się zatorów — za przyczynę powstawania wrzodu żołądkowego, a nie pierwotne wybroczyny, jakto jeszcze ogół przypuszcza. (*Wien. med. Bl.* Nr. 32, 1882).

Dr. Pisek.

Wiadomości pomniejsze.

(K. Gr.) **Leczenie guzów krwawnicowych za pomocą wstrzykiwań kwasu karbolowego.** W rozprawach, które się niedawno toczyły w Towarzystwie klinicznèm w Nowym Yorku, nadmienił Dr. Kelsey o doświadczeniach swych z wstrzykiwaniami kwasu karbolowego. Używa on roztczynu 1cz. kw. karbolowego w $6\,^1/_2$ częściach wody i tyluż gliceryny i z tego roztczynu wstrzykuje mniéj więcéj 5 kropli do każdego guza krwawnicowego. Do tego rękoczynu nie potrzeba żadnego środka znieczulającego a ból, który po tém nastaje, bywa bardzo lekki. W jednym przypadku, w którym użył roztczynu dwa razy silniejszego, wszystkie guzy obumarły a w innym, leczonym przez jednego z kolegów, widział Dr. K., iż powstało rozległe owrzodzenie, lecz to przypisuje brakowi wprawy w wykonaniu. Zazwyczaj powtarzał wstrzykiwania w tygodniowych odstępach czasu, tak aby można było spostrzegać zupełny skutek każdego wstrzyknięcia, zanim zrobiono drugie, a w ten sposób leczenie przeciąga się na miesiące, ale skoro jest bezbolesne i nie wymaga spoczynku ani nawet zaprzestania zwykłych zajęć, to w wielu przypadkach jest to zupełnie bez znaczenia. Ten sposób leczenia, jeżeli się go starannie wykonywa, zdaje się być bezpiecznym, skutecznym, mało co bolesnym lub prawie zupełnie niebolesnym i niewymagającym leczenia lub szczególnego pielęgnowania. Z tego powodu może być użytecznym, gdy dla jakichś przeciwwskazań nie można przystąpić do podwiązania lub odciśnięcia, a szczególniéj gdy chory nie może leżeć w ciągu leczenia. (*The Lancet*, 1882, II, Nr. 8).

(H. S.) **W celu leczenia brodawek na skórze** poleca Unna maść złożoną z arszeniku i rtęci tak, że na 1cm. plastru przypada 0,005 arszeniku a 0,0025 rtęci. Pod plastrem tym brodawki wkrótce maleją i znikają w przeciągu mniéj więcéj dwóch tygodni. Otaczająca skóra zdrowa nie ulega pod tym plastrem żadnéj zmianie ani zadrażnieniu. (*Wiener med. Blätter* Nr. 30, 1882).

(A. K.) **Mleko sproszkowane**. Na posiedzeniu Towarz. lekar. w Paryżu opowiedział Dr. Dubove swój sposób karmienia chorych, nieznoszących mleka, co ma miejsce np. w wrzodach żołądka, proszkiem otrzymanym przez wyparowanie do sucha dobrze zebranego mleka; 120grm. tego proszku zastępuje litr mleka; proszek ten na ciepło jest rozpuszczalny. (*Le Progrès Medical*, Nr. 33).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie IX z d. 10 maja 1882.

Przewodniczący kol. doc. Jordan. Członków obecnych 23.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

3) Kol. prof. Korczyński przedstawił:

a) Chorego z rtęcicą (*mercurialismus constitutionalis*). Chory ten lat 17 liczący, czeladnik w fabryce kapeluszy Berla

Landaua w Tarnowie, jest już piątym chorym, jaki w ciągu ostatnich dwóch lat dostaje się z powodu rtęcicy do kliniki krakowskiéj. Pracował on bezkarnie pierwsze dwa lata w fabryce, zajęty w części nadzorowaniem kotła, w którym wygotowywano skórki zajęcze i królicze, w części prasowaniem i przykrawywaniem skórek już wyrobionych. W trzecim roku téj pracy począł chory doznawać dokuczliwych bólów w stosie pacierzowym, które miały się powiększać przy wykonywaniu ruchów, poczém miała się zjawić opuchlina odnóg dolnych kilka tygodni trwająca, drżenie najpierw w odnogach górnych a potém w dolnych i zmiany w jamie ustnéj, które polegać miały na obrzmieniu i krwawieniu dziąseł, chwianiu się zębów i ślinieniu. Zboczenia te miały się powiększać stopniowo tak, że chory w pół roku po rozpoczęciu się objawów chorobowych musiał zaprzestać dalszéj pracy w fabryce. Stan ten miał się poprawić w ciągu 5 miesięcy, w którymto czasie chory nie narażał się daléj na wpływ rtęci. W pół roku po wróceniu napowrót do zajęcia kapeluszniczego objawy chorobowe znów się spotęgowały. Chory przybył do kliniki w dniu 2 maja 1882 r.

Narządy wewnętrzne nie przedstawiają żadnych zboczeń, z wyjątkiem nieznacznych zmian zołzowych i bardzo nieznacznéj ilości białka w moczu. Odżywienie chorego jest dosyć dobre. Jedyne zboczenia ważniejsze znajdują się w jamie ustnéj i w układzie nerwowym. W ustach widać zaczerwienienie sinawe i mierne obrzmienie brzegów dziąseł, które łatwo broczą, i mierne ślinienie, a dotykając stwierdzić można chwianie się zębów, osobliwie dolnych siecznych. W sferze umysłowéj zauważyć można pewne przytępienie władz umysłowych obok miernie wygórowanéj wrażliwości umysłowéj. Czucie ciepłoty, czucie elektryczne wszędzie należyte, lokalizacyja czucia wszędzie bardzo dokładna, możność odczuwania dwóch równoczesnych wrażeń bardzo delikatna, przy tém jednak istnieje przeczulica tak dotykowa, jakotéż bólu wszędzie, osobliwie jednak na odnogach dolnych. Podmiotowo żali się chory na bóle w stosie pacierzowym, w stawach łokciowych i w obydwu pachwinach. W sferze ruchu uderza przedewszystkiém wzmożenie odruchów skórnych, mięśniowych i ścięgnistych i drzenie. To ostatnie przedstawia się jako ciągłe oscylacyjne drżenie, które wzmaga się pod wpływem zimna, wrażeń umysłowych lub zamierzonego wykonywania ruchów. Nadto uważać można chwilowe kurcze kloniczne w poszczególnych mięśniach i grupach mięśniowych, mimowolne podrywania odnogami i małą niezborność ruchów przy chodzeniu i poruszaniu rękami.

Badanie moczu, wykonane w pracowni prof. Stopczańskiego, nie wykazało obecności rtęci. Badanie to jednak nie rozstrzyga, gdyż do rozbioru nadesłano małą ilość moczu. Po powtórzeniu tego badania dalsze zabiegi zmierzać będą do wyśledzenia rtęci w moczu po używaniu jodku potasu i w pocie i ślinie po zastrzyknięciu chlorku pilokarpinu.

b) Chorego ze zrostem osierdzia i upośledzeniem drożności żyły głównéj górnéj. Chory ten, lat 28 liczący, poprzednio zupełnie zdrów oddawał się jako parobek zawsze cięžkiéj pracy. Choroba obecna rozpoczęła się we wrześniu 1881 r. od bólów w licznych stawach, które zmieniały często siedzibę i zniewoliły chorego do usunięcia się od pracy. Wkrótce potém pojawiło się kłócie w okolicy serca, duszność i sinica, któreto przypady wzmagały się coraz bardziéj. Chory przybywszy do kliniki w dniu 12 marca rb. przedstawił wybitną sinicę, która niestosunkowo była większą na odnogach górnych i na twarzy aniżeli na dolnéj połowie ciała, wzmożoną czynność serca, które okazywało się przerosłe i rozszerzone, zapadanie się skurczowe począwszy od 3—7 przestworu międzyżebrowego falisto wzdłuż linii osiowéj serca postępujące bez istnienia gdziekolwiek wypuklania się skurczowego, wreszcie rozkurczowe a względnie przedskurczowe zapadanie się żył szyjnych, stale mocno wydętych. W ciągu obserwacyi klinicznéj nasilenie ruchów serca zmiejszyło się, a co ważniejsza żyły szyjne znacznie mniéj wydęte okazywały tylko zwykłe falowanie, sinica na odnogach górnych znacznie zmalała a na twarzy nieco się zmniejszyła. To wszystko nastało wśród widocznego i coraz bardziéj potęgującego się rozszerzania naczyń żylnych podskórnych na tylnéj i bocznéj części klatki piersiowéj i w okolicy lędźwiowéj.

Obecnie znajduje się: Bardzo mierna rozedma płuc z nieżytem oskrzelowym przybrzeżnym. Granice płuc wszędzie należycie ruchome. Zapadanie się skurczowe miernego stopnia w 4 i 5tém międzyżebrzu wyraźniejsze ku linii sutkowéj, obok skurczowego zapadania się dołka podsercowego. Objawy przerostu i rozstrzeni serca w obydwu komorach średniego stopnia. Drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony. Tętno rzadkie, dość wielkie i twarde. Granice serca przy ruchach ciała ruchome; objawów ucisku na tchawicę, gardziel lub nerwy błędne nie ma. Żyły szyjne miernie wydęte lekko falują. Twarz sina, osobliwie wargi i język. Spojówki mocno przekrwione, żyły siatkówkowe mocno wydęte. Odnogi górne również sine, a żyły podskórne na nich bardzo widoczne. Mniejsza sinica odnóg dolnych, na których znajdują się mierne żylaki. Wątroba i śledziona miernie powiększone; mocz prawidłowego ciężaru bez białka. Na tylnéj i bocznéj części klatki piersiowéj i w okolicach lędźwiowych gęsta siatka naczyń żylnych.

Rozpoznanie zrostu osierdzia opiera się w danym przypadku na wywiadach, które wskazują przebyte zapalenie stawów, a prawdopodobnie i przebyte zapalenie osierdzia, na skórczowém zapadaniu się dwóch przestworów międzyżebrowych i dołka podsercowego, i przedskórczowém zapadaniu się żył szyjnych. Czy równocześnie istnieje włókniste zapalenie śródpiersia (*mediastinitis fibrosa*), rozstrzygnąć nie podobna; w każdym razie brakuje objawów rozpoznawczych téj choroby; brzegi płuca są ruchome, serce okazuje prawidłową ruchomość, brakuje objawów ucisku na trzewa w śródpiersiu się mieszczące, a tętno nie wykazuje wdechowego zmniejszenia się fal. Jedynym objawem uciskowym jest upośledzenie drożności żyły głównéj górnéj. Za niém przemawiają: niestosunek między sinicą górnéj a dolnéj połowy ciała dotąd istniejący, który z początku był jeszcze wybitniejszy, a począł się zmniejszać dopiero wtedy, gdy na klatce piersiowéj i grzbiecie rozwijać się poczęła siatka żył podskórnych, świadcząca o wytwarzaniu się obiegu krwi ubocznego. W obec poprzednich uwag nie można rozpoznać na pewne, czy żyła główna górna uciśniętą jest tworami pozapalnemi jeszcze w zakresie otoczenia przez worek osierdziowy, czy téż po za takowym przez twory zapalne w śródpiersiu (*mediastino-pericarditis*). Obieg krwi uboczny, dla ułatwienia odpływu krwi z żyły głównéj górnéj, wytwarza się przez rozszerzenie gałęzi *ven. mammariae internae, thymicae, pericardiacae, mediastinicae, intercostales supremae* (*a vena anonyma*), *vena lumbalis prima, suprarenalis* (*a vena azygos*), które łączą się z gałęziami *od venae lumbales, suprarenales, diaphragmaticae.*

c) Tenże okazał:

α) Cygaretka z *Grindelia robusta* zalecone przeciwko astmie przez K. Bombelona (*Deutsch. med. Woch*, 1881, Nr. 48) a wyrabiane przez aptekarza Bombelona w Hohenmölsen. Cygaretka te sporządzone są w części z liści tego ziela, w części z tytuniu napojonego rozczynem wyskokowym istoty żywicznéj, jaka znajduje się w kwiecie téj rośliny. *Grindelia robusta* rośnie na wybrzeżu zachodniém Ameryki, należy do rodziny Asteroideae, i nie ma zawierać żadnego pierwiastka odurzającego.

β) Sól Morszyńską otrzymywaną ze zdroju Bonifacego. Sól ta, według rozbioru prof. Dra Radziszewskiego, dokonanego w kwietniu 1881 r., zawiera w 1000 częściach następujące ciała, obliczone już na połączenia krystaliczne:

Siarkanu sodowego	745,31	gm.
Chlorku sodowego	230,58	„
Siarkanu magnowego	12,11	„
Siarkanu potasowego	6,62	„

przy tém wilgoci 5,38 gm. Jeżeli wyrób téj soli będzie uskuteczniony tak, aby sól przynajmniéj w znaczném przybliżeniu miała powyższy stosunek składników (małe różnice zawsze przydarzać się muszą), powinna ona uzyskać rozległe wzięcie lecznicze. Skład powyższy stawia ją bowiem wyżéj nietylko nad solą karlsbadzką (*Sprudelsalz*) do niedawna otrzymywaną, która była prawie czystą solą glauberską z homeopatycznie małym dodatkiem chlorku sodowego i węglanu sodowego, ale nawet nad solą karlsbadzką (*Sprudelsalz*) otrzymywaną w ostatnich czasach pod kontrolą chemika Dra Sipőcza według dawniejszego przepisu Ragsky'ego. Sól ta ma bowiem mieć skład następujący: siarkanu sodowego 37,69%, chlorku sodowego 0,39%, węglanu sodowego 5,99%, wody krystalicznéj 55,52%. Dodatek sporéj ilości chlorku sodu, jaki wykazuje rozbiór chemiczny w soli Morszynskiéj, podnosi bowiem znakomicie jéj zakres wskazań, umożebnia używa-

nie nawet przez czas dłuższy bez wywołania niekorzystnego wpływu na przewód pokarmowy i na stan ogólny, może ona podniecić łaknienie, zwiększać wydzielanie soku żołądkowego, ułatwiać wessanie istót strawionych i działać korzystnie na mięszaninę krwi i poprawę odżywiania. Sól Morszyńska, odpowiadająca pierwotnemu rozbiorowi chemicznemu prof. Radziszewskiego, może więc być używaną z korzyścią nietylko w przypadkach, gdzie wskazaną jest sól karlsbadzka, ale nadto u ludzi wątłych, niedokrewnych w celu przyspieszenia ruchu żołądka i jelit i zobojętniania miazgi pokarmowéj, bez obawy zmniejszenia zapasu krwi i sił.

Własności farmakodynamiczne soli Morszyńskiéj zbliżają ją do nowego wyrobu zdrojowego karlsbadzkiego, t. j. do soli zdrojowéj (*Quellsalz*), która składać się ma przeważnie z 42% siarkanu sodowego, 35% dwuwęglanu sodowego i 18% chlorku sodowego.

W sprawie ostatniéj zabierał głos kol. Merunowicz, podając kilka ważnych szczegółów dotyczących Morszyna do wiadomości.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Otrzymaliśmy: „Sprawozdanie komisyi lustracyjnéj Sejmu z czynności Depart. V Wydziału krajowego od 1 lipca 1881 do 1 lipca 1882 r." i podajemy z niego niektóre ciekawsze szczegóły:

Wydatki sanitarne kraju naszego są mniejsze, aniżeli w innych krajach koronnych; tak w r. 1880 płacił na cele sanitarne każdy mieszkaniec w Czechach 35,5 ct., w Morawii 37,5, w Styryi 43,6, w Austryi dolnéj 66,1, w Galicyi tylko 13 ct. (A przecież kraje płacące 3—5 razy tyle co Galicyja, nie narzekają tyle na ogrom wydatków). Komisyja lustracyjna sądzi, że rozporządzenie Wydziału krajowego (ograniczające przyjmowanie chorych do szpitali) w obec faktycznego, wyrozumiałego i łagodnego w praktyce wykonania, i nadal co do zasady w mocy utrzymać, jednak o tyle wyjaśnić należy, aby ono lekarzom szpitalnym większą zostawiło swobodę w przyjmowaniu chorych, a mianowicie i nieulecznych bez powikłania chorobowego, jeżeli pomoc lekarska w danym przypadku cierpiącemu prawdziwą ulgę przynieść może.

Daléj konstatuje komisyja, że procent śmiertelności w. r. 1881 wynosił w szpitalu lwowskim 8,37, a w krakowskim 10,7, podczas gdy w szpitalach wiedeńskich wynosi 12—14. Wielkie pochwały oddaje komisyja gospodarstwu w zakładzie kulparkowskim.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 października ogólna śmiertelność w Krakowie wynosiła według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 17,5 (24,4 z. t.). Z odry umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z durzycy brzusznéj 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku odry. W tygodniu od 1 do 7 października leczyło się na ospę w Londynie 85, świeżo zapadło 18, umarło 3. W Wiedniu umarło 2, w Warszawie 7, w Granadzie 8, w Budapeszcie i Paryżu 5, w Roterdamie 6, w Petersburgu 12, w Madrycie 28. Płonica szerzy się w Londynie. Dur brzuszny zabrał w Paryżu więcéj ofiar (134), leczyło się w szpitalach 1166. Dur osutkowy sporadycznie pojawia się w większych miastach. Czerwonka zlagodniała w Malmoe. W Rio de Janeiro umarła 1 osoba na febrę żółtą w czasie od 1—15 sierpnia.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,4; w Poznaniu 25,2; w Wiedniu 22,0; w Budapeszcie 23,0; w Pradze 26,5; w Tryjeście 26,6; w Berlinie 24,5; w Wrocławiu 29,3; w Gdańsku 30,1; w Mnichowie 25,8; w Dreźnie 18,3; w Lipsku 27,4; w Bazylei 15,5; w Brukseli 19,2; w Amsterdamie 23,5; w Hadze 20,6; w Paryżu 23,6; w Londynie 19,1; w Kopenhadze 19,6; w Chrystyjanii 17,1; w Petersburgu 28,3; w Odesie 36,6; w Rzymie 21,7; w Wenecyi 16,5; w Bukareszcie 23,4; w Madrycie 33,0; w Lizbonie 24,2; w Nowym Yorku 25,7; w Filadelfii 17,1; w Bombayu 23,2; w Madrasie 36,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 25 października. Na posiedzeniu Wydziału Lek. w d. 21 bm, odbytêm Dziekan prof. Rydel przywitał nowo wstępujących do grona profesorów pp. Browicza, Mikulicza i Łazarskiego, a w odpowiedzi prof. Mikulicz zapewnił, że powróciwszy do kraju rodzinnego dołoży wszelkich starań, aby być życzliwym dla młodzieży kierownikiem i pracować na pożytek umiejętności ojczystéj. Następnie Dziekan wspólnie z prof. Mikuliczem uznając, pierwszy zasługi dydaktyczne, ostatni prace naukowe i szpitalne dotychczasowego zastępcy profesora, docenta Obalińskiego, uczynili wniosek, aby Wydział wyjednał u Ministerstwa zamianowanie go nadzwyczajnym profesorem chirurgii. Wniosek ten Wydział przyjął jednomyślnie i poruczył sprawozdanie prof. Mikuliczowi.

Jednomyślna ta uchwała Wydziału, powzięta za czynnym udziałem nowomianowanego prof. Mikulicza, sama przez się jest wymownym dowodem uznania przez grono kompetentne zasług tak dydaktycznych, jakotéż naukowych i szpitalnych kol. Obalińskiego; uchwale téj przyklasnęli wszyscy tutejsi koledzy, a zapewne i zamiejscowi, bo téż rzadko który lekarz używa takiego wzięcia u kolegów i chorych, jak Dr. Obaliński, u którego skromność idzie w parze z pilnością i poczuciem obowiązków. Z niezwykłego zadania swego, kierowania równoczesnego kliniką chirurgiczną i wielkim oddziałem chirurgicznym, Dr. Obaliński w roku ubiegłym umiał wywiązać się ku wielkiemu zadowoleniu tak Wydziału lekarskiego jakotéż Wydziału krajowego, i zasłużyć się dobrze krajowi.

Na têmże posiedzeniu Wydział mianował Dra Hilarego Schramma asystentem przy klinice chirurgicznéj na dwa lata, a przyjąwszy do wiadomości zezwolenie Wys. Ministerstwa, aby Dr. Emanuel Machek pełnił obowiązki asystenta przy klinice chorób ocznych przez dalszy rok (5ty), odniósł się do téjże Władzy najwyższéj o mianowanie: Dra Leona Kopffa, dotychczasowego asystenta przy katedrze chemii lekarskiéj asystentem przy klinice chorób skórnych i syfilitycznych, Dra Władysława Gluzińskiego, dotychczasowego asystenta przy katedrze fizyjologii asystentem przy klinice chorób wewnętrznych a Drnda Lesława Gluzińskiego asystentem przy katedrze fizyjologii, wreszcie o przedłużenie na dalsze 2 lata asystentury Drnda Romana Wodyńskiego przy zakładzie anatomii patologicznéj.

Wreszcie przychylił się Wydział do podań proff. Korczyńskiego i Mikulicza o ustanowienie posad drugich asystentów przy klinikach: chorób wewnętrznych i chirurgicznych, biorąc do wiadomości oświadczenie ich, że obowiązki asystentów drugich już pełnią w pierwszéj Dr. Wolfram, a w ostatniéj Drnd. Trzebitzky; nadto uchwalił Wydział poprzeć u Ministerstwa podanie prof. Mikulicza o udzielenie dotacyi nadzwyczajnéj dla kliniki chirurg. w kwocie 1800 zła. oraz o podwyższenie dotacyi zwyczajnéj z 250 zła. na 600 zła. rocznie.

* Dotychczas zapisało się na tutejszy Uniwersytet 770 uczniów, z których wypada na Wydział teologiczny 66, na Wydział prawniczy 324, na Wydział lekarski 269, na Wydział filozoficzny 77, farmaceutów 34. Liczba 770 uczniów jest największą, jaką dotychczas Uniwersytet Jagielloński może wykazać. W r. 1852/3 liczył 244 uczniów, w r. 1862/3 już 468, w r. 1872/3 powiększyła się ta cyfra do 650 a teraz na rok 1882/3 dochodzi już 770.

* **Warszawa**. Redaktorem Pamiętnika Tow. lek. warsz. na następne 3 lata wybrany został Dr. Roman Jasiński, a Dr. Rubinstein, który w ostatnich czasach mieszkał w Petersburgu, mianowany akuszerem przytułku na Muranowie.

* **Praga czeska**. Docent prywatny Dr. Wiktor Janovsky, zasłużony i znany także nam z pobytu na Zjeździe w Krakowie lekarz, mianowany został prymaryjuszem oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu powszechnym. Rada sanitarna krajowa przyznała wprawdzie pierwszeństwo Janovskiemu śród wszystkich ubiegających się, ale oświadczyła się za odroczeniem jego nominacyi ze względu na powstać mający Wydział lekarski z wykładem czeskim. Namiestnik atoli innego był zdania, zamianował Janovskiego, a teraz nawet Niemcy zgadzają się na to, że wybór był szczęśliwy i sprawiedliwy. Zdaje się, że niebawem oddział Janovskiego zamieniony będzie na klinikę dermatologiczną

z wykładem czeskim i że prymaryjusz przeistoczy się w profesora. Janovsky, z zawodu dermatolog, dotychczas nie miał żadnéj posady szpitalnéj, a w Uniwersytecie wykładał od lat wielu historyję medycyny. Nareszcie doczekał się sprawiedliwości; co do nas, poznawszy jego świetny wykład na Zjeździe w Krakowie, możemy tylko serdecznie powinszować przyszłemu Wydziałowi czeskiemu takiego członka.

* **Berlin**. Tajny radca lek. Skrzeczka mianowany został referentem w Ministerstwie spraw duchownych i lekarskich a prof. Bergmann członkiem Deputacyi umiejętnéj.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Nadzw. prof. chemii fizyjol. i patolog. Dr. Paweł Plósz mianowany został profesorem zwyczajnym a docent prywatny Dr. Giejza Antal przedstawiony na profesora nadzw. — **Monachijum**. Prof. Pettenkofer otrzymał szlachectwo dziedziczne. — **Berlin.** Dotychczasowa klinika propaideutyczna prof. Leydena uznaną została jako druga klinika chorób wewnętrznych i postawiona na równi z kliniką pierwszą Frerichsa; następnie urządzono w Charité drugą klinikę ginekologiczną pod kierunkiem prof. Gusserowa. — **Praga czeska**. Spodziewają się rychléj nominacyi 5 profesorów medycyny z wykładem czeskim, a mianowicie: Janovskiego (choroby skórne i kiłowe), Maixnera (choroby wewnętrzne), Schoebla (choroby oczne), Jiruśa (farmakologija) i Strenga (położnictwo).—**Budapeszt**. Na rok 1szy Wydziału lek. zapisało się uczniów 248.—**Praga czeska**. Wydział lekarski przedstawił docentów prywatnych Dra Alojzego Epsteina, prymaryjusza w zakładzie podrzutków i Dra Izydora Soykę, b. asystenta Pettenkofera, na proff. nadzwyczajnych.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarł słynny i zasłużony lekarz Davaine, członek Akademii lekarskiéj, licząc lat 70.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 42: Jaworskiego: Doświadczenia nad ilościowém znikaniem rozczynów niektórych soli z żołądka ludzkiego (dok.); Rogozińskiego: Przypadek szkarlatyny z pseudorecydywą.—W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 42: Jasińskiego: Śp. Dr. Jan Szeparowicz. (Wspomnienie pośmiertne); Gajkiewicza: Przypadek porażenia Landryego zakończony wyzdrowieniem (dok); Rothego: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój chorób umysłowych (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. ZILLNER (we Wiedniu): Beitrag zur Lehre von der Verbrennung. (Osobne odbicie z *Viertelj. f. ger. Med.* 1882), in 8vo str. 18.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z d. 11 Października rb. L. 48457 wydanego w skutek uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 30 Września rb., rozpisuje się konkurs na posadę Prymaryjusza oddziału chirurgicznego przy naszym szpitalu.

Posada ta jest stałą, do któréj przywiązaną płaca rocznie 1.200 złr. w. a., z prawem podwyższenia jéj o 200 złr. w. a. po upływie każdych pięciu lat zadowalającéj służby.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

1) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

2) Uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora medycyny i chirurgii, lub wszech nauk lekarskich, na jednéj z Wszechnic państwa austryjackiego, jak niemniéj praktykę szpitalną w dziale chorób chirurgicznych.

3) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy najdaléj do końca Listopada rb. na ręce Dyrekcyi Szpitala powszechnego we Lwowie, bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeśli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z Dyrekcyi krajowego Szpitala powszechnego we Lwowie.

Lwów dnia 17 Października 1882 r.

Dr. Głowacki.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze Farmakologii i Farmakognozyi c. k. Szkoły weterynaryjnéj we Lwowie na lat dwa, licząc od dnia 1 Października 1882.

Z posadą tą połączona jest płaca **600** złr. w. a. rocznie.

Podania należycie poparte, między innemi i dowodem dokładnéj znajomości języka polskiego, wnosić należy najpóźniéj do dnia 15 Listopada rb. na ręce Dyrektora Szkoły.

Lwów dnia 13 Października 1882.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze anatomii opisowéj c. k. Szkoły weterynaryi we Lwowie, na lat dwa, licząc od dnia 1 Października 1882.

Z posadą tą połączona jest płaca **500** złr. w. a. rocznie.

Podania należycie poparte, między innemi i dowodem dokładnéj znajomości języka polskiego, wnosić należy najpóźniéj do dnia 15 Listopada rb. na ręce Dyrektora Szkoły.

Lwów dnia 13 Października 1882.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze Anatomii patologicznéj c. k. Szkoły weterynaryjnéj we Lwowie, na lat dwa, licząc od dnia 1 Października 1882.

Z posadą tą połączona jest płaca **600** złr. w. a. rocznie.

Podania, należycie poparte, między innemi i dowodem dokładnéj znajomości języka polskiego, wnosić należy najpóźniéj do dnia 15 Listopada rb., na ręce Dyrektora Szkoły.

Lwów dnia 13 Października 1882.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.